



UNIVERSITÀ
di **VERONA**

AL RETTORE MAGNIFICO DELL'UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI VERONA

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA

IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____
CODICE FISCALE _____
NAZIONALITÀ _____
NATO/A A _____ Provincia (____), il _____
RESIDENTE A _____ PROVINCIA (____)
VIA _____ N. _____ CAP _____
TEL. _____ CELL. _____ EMAIL _____

A tal fine (consapevole delle responsabilità penali previste in caso di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci, art. 76 del D. P. R. 28 dicembre 2000 N. 445)

DICHIARA

di aver conseguito la

- a – laurea
b – laurea magistrale/specialistica/ante riforma (anche a ciclo unico)
in _____

in data _____ presso l'Università degli Studi di _____ con la seguente
votazione ____/110 e _____

CHIEDE

**DI ESSERE ISCRITTO/A AI SINGOLI MODULI DEL MASTER IN SCIENZA DELLA
RIGENERAZIONE E MEDICINA ESTETICA A.A. 2024/2025 (MAX 30 CFU):**



SINGOLI MODULI DEL MASTER						
N.	Denominazione modulo	CFU	Contributo di iscrizione	Periodo di svolgimento	Numero massimo di iscrivibili	Selezionare con una x
1	La cute	6	500,00 €	Ottobre 2024	10	<input type="checkbox"/>
2	L'ipoderma	6	500,00 €	Novembre 2024	10	<input type="checkbox"/>
3	Le alterazioni dell'ipoderma	6	500,00 €	Gennaio 2025	10	<input type="checkbox"/>
4	Muscoli, legamenti, articolazioni e ossa	6	500,00 €	Febbraio 2025	10	<input type="checkbox"/>
5	Il volto	8	500,00 €	Marzo 2025	10	<input type="checkbox"/>
6	Le cicatrici e le smagliature	4	500,00 €	Aprile 2025	10	<input type="checkbox"/>

N.B. il numero massimo di CFU a cui è possibile iscriversi per a.a. è 30

ALLEGA

- copia di un documento di identità in corso di validità
- curriculum vitae

Verona, li _____

Firma dell'interessato
